UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 23

FACULTE DE MEDECINE

L'UTÉRUS BICORNE
UNICERVICAL

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Janvier 1913

PAR

Frédéric LAURENT

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE CONSTANTINE

Né à Paimpol (Côtes-du-Nord), le 2 juillet 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse	TÉDENAT, Professeur, *Président.*	
	DE ROUVILLE, Prof. adj.	*Assesseurs.*
	SOUBEYRAN, Agrégé	
	DELMAS, Agrégé.	



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

L'UTÉRUS BICORNE
UNICERVICAL

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 23

FACULTÉ DE MÉDECINE

4

L'UTÉRUS BICORNE
UNICERVICAL

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Janvier 1913

PAR

Frédéric LAURENT

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE CONSTANTINE

Né à Paimpol (Côtes-du-Nord), le 2 juillet 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la thèse

- TÉDENAT, Professeur, *Président.*
- DE ROUVILLE, Prof. adj.
- SOUBEYRAN, Agrégé
- DELMAS, Agrégé.

(*Assesseurs.*)



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
SARDA . . . . Assesseur
IZARD . . . . Secrétaire

Professeurs

Cl[illegible]édicale . . . . MM. GRASSET (✻).
Chargé de l'enseignement pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale . . . . TEDENAT (✻).
Clinique médicale . . . . CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv. MAIRET (✻).
Physique médicale . . . . IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd . . . . GRANEL.
Clinique chirurgicale . . . . FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique . . . . TRUC (✻).
Chimie médicale . . . . VILLE.
Physiologie . . . . HEDON.
Histologie . . . . VIALLETON.
Pathologie interne . . . . DUCAMP.
Anatomie . . . . GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop. ESTOR.
Microbiologie . . . . RODET.
Médecine légale et toxicologie . . . . . . SARDA.
Clinique des maladies des enfants . . . . BAUMEL.
Anatomie pathologique . . . . BOSC.
Hygiène . . . . BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . . RAUZIER.
Chargé de l'enseignement de la Clinique médicale
Clinique obstétricale . . . . VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale . . . . VIRES.

Professeurs adjoints : MM. de ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
HAMELIN (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. . LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe . . . . LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique . . . . de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements . . . . PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto rhino-laryngologie . . . . MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire . . . . SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LEENHARDT	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIÈRE
GRYNFELTT Ed	CABANNES	LECERCLE
LAGRIFFOUL	DELMAS (Paul).	LISBONNE, ch. des f.

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, prof., *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
de ROUVILLE, *prof. adjoint.*	DELMAS, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE LE DOCTEUR JEAN LAURENT

A MON AMI FRANCIS LE BILHAN

F. LAURENT.

A MONSIEUR LE DOCTEUR NOEL MARTIN

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL CIVIL DE CONSTANTINE

Témoignage de profonde reconnaissance

A MONSIEUR LE DOCTEUR LIAGRE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NANTES

MONSIEUR LE DOCTEUR OLIVE
MONSIEUR LE DOCTEUR CASTAGNARY
MONSIEUR LE DOCTEUR MALHERBE

A MES AMIS D'INTERNAT

LES DOCTEURS VALETÓN, MEYNADIER,
ARRIGHI, DELLYS, ALBESSARD

MEIS ET AMICIS

F. LAURENT.

L'UTÉRUS BICORNE

UNICERVICAL

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

INTRODUCTION

Les observations d'utérus double et en particulier d'utérus bicorne unicervical, sans être excessivement rares, ne sont pas très fréquentes, et il est souvent difficile de posséder les pièces anatomiques de ces malformations utérines.

Aussi, à propos d'un cas d'utérus bicorne unicervical opéré par le professeur Tédenat et publié par MM. Rives et Chauvin, il nous a paru intéressant de faire quelques recherches sur cette question.

Cette malformation est curieuse au point de vue embryologique et anatomique : elle présente une disposition qui se retrouve d'ailleurs chez certains animaux ; mais, indépendamment de son intérêt théorique, elle est également fort intéressante au point de vue chirurgical, la

simple lecture de l'observation de M. Tédenat le prouve bien.

L'utérus bicorne constitue, de tous les utérus doubles, le cas le plus compliqué au point de vue du diagnostic, des complications et, dans certains cas tout au moins, du traitement, car la présence des deux corps expose à toutes les complications de l'utérus double, et la présence d'un seul col en rend le diagnostic particulièrement délicat.

L'utérus bicorne unicervical est donc important à connaître, car il influe sur la grossesse surtout, mais aussi sur toutes les affections utérines en général : il modifie quelquefois la technique des interventions à pratiquer sur cet organe.

Nous nous proposons d'étudier successivement ces divers points qui présentent un intérêt pratique indiscutable ; nous nous contenterons, au début de cette étude, de donner une définition rapide de cette malformation, définition qui sera commentée avec l'étude du développement embryologique et de la pathogénie de l'utérus double.

L'utérus bicorne unicervical est un utérus possédant deux cavités utérines distinctes, deux corps utérins et un seul col ; il résulte de la non-coalescence des canaux de Muller à leur partie supérieure, au-dessus du col.



CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DES MALFORMATIONS UTÉRINES

A. — ETUDE EMBRYOLOGIQUE — LE DÉVELOPPEMENT NORMAL ET PATHOLOGIQUE DE L'UTÉRUS

L'utérus et le vagin se forment aux dépens de la partie inférieure des canaux de Muller comprise dans le cordon génital.

Les parties supérieures de ces canaux ne s'unissent pas et forment les cornes utérines qui, peu importantes chez la femme, possèdent chez certains animaux un développement anatomique considérable. Leur développement peut être poussé à un tel degré que, chez le lapin, l'écureuil, l'utérus est uniquement formé par ces deux cornes utérines aboutissant par deux orifices bien séparés dans le vagin.

Chez la femme, l'utérus est bicorne jusqu'au troisième mois de la vie intra utérine, comme Meckel, Muller l'ont bien indiqué. Mais cette disposition est de courte durée, dès le 1[me] mois, la distance entre les insertions des ligaments ronds est de 1 mm. alors que la largeur du fond de l'utérus ne dépasse pas 2 mm. (Tourneux et Legay), il existe ainsi un espace appréciable où se développera le corps utérin.

Les conduits de Muller sont disposés parallèlement

dans le cordon génital ; il n'existe aucune différenciation entre les futures portions utérine et vaginale. Le vagin est encore un organe plein, toute l'extrémité inférieure du conduit vaginal est encore dépourvue de lumière ; les deux canaux de Wolff cheminent sur les parois latérales du conduit utéro-vaginal et viennent s'ouvrir au niveau du vestibule, en arrière de l'urètre.

Bientôt apparaît une lumière dans le vagin, lumière qui augmente progressivement dans le courant des troisième et quatrième mois.

Pendant toute la période fœtale, la surface interne de l'utérus reste inégale et plissée. Les plis de l'arbre de vie paraissent s'étendre jusqu'au fond de l'organe, parce que celui-ci n'est pas encore développé. Pour Dohrn (cité par Pozzi), le développement du col commence de la quinzième à la seizième semaine par la lèvre antérieure : une saillie arrondie bourgeonnant en arrière refoule la paroi postérieure du vagin, qui, elle-même, donne naissance, un peu après, à la lèvre postérieure au-dessus de la dépression.

Pour Tourneux et Legay, au contraire, le museau de tanche n'est pas formé par un épaississement de la paroi interne du canal génital, mais c'est l'épithélium pavimenteux stratifié de ce canal qui, par bourgeonnement en dehors et en haut, vient en quelque sorte sculpter, dans l'épaisseur de la paroi, la portion vaginale du col.

L. Fürot a établi cinq divisions dans la période embryonnaire de l'utérus. Cette division est utile, car elle permet de comprendre avec facilité les diverses malformations utérines.

La première période, de la fécondation à la cinquième semaine, comprend un stade indifférent dans lequel le sexe ne peut être encore reconnu.

Les canaux de Müller sont accolés et séparés par une cloison. Il existe un cloaque. Pas d'indices sexuels.

La deuxième période, de la cinquième à la douzième semaine, se caractérise par la disparition de la cloison du canal génital. Les canaux de Müller se sont fusionnés vers le haut, l'insertion du ligament rond sépare ce qui sera la trompe de ce qui sera la corne utérine. La portion anale et la portion uro-génitale sont séparées.

Dans la troisième période, de la douzième à la vingtième semaine, les cornes utérines sont fusionnées, la surface interne de l'utérus est sillonnée par l'arbre de vie. Le col de l'utérus s'est formé ainsi que les organes génitaux externes, et l'urètre s'est séparé du vagin par cloisonnement du sinus uro-génital.

La quatrième période, de la vingtième semaine à la fin de la période fœtale, est marquée par la formation de plis dans le col et par le développement du fond de l'utérus.

Dans le courant de la cinquième période, qui va de la naissance à la puberté, l'épaisseur de l'utérus augmente, la muqueuse devient lisse.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce développement de l'utérus, nous avons suffisamment exposé ces notions utiles pour expliquer les anomalies utérines.

Nous avons vu que l'utérus et le vagin sont primitivement (première période) doubles et ne s'unissent que par résorption de la cloison qui sépare les canaux de Müller (deuxième période). Si les canaux de Müller ne peuvent s'accoler l'un à l'autre et restent séparés par un certain espace, si la cloison ne se résorbe pas, l'utérus et le vagin restent doubles.

Piquand, dans un article sur les utérus doubles, indique plusieurs degrés à cette malformation.

1° Les canaux de Müller restent séparés dans toute leur étendue, jusqu'au niveau de leur insertion sur le cloaque uro-génital : il y a deux utérus et deux vagins complètement distincts. Cette anomalie, connue sous le nom d'*utérus didelphe*, remonte à la fin du premier mois de la vie embryonnaire, alors que les canaux de Müller, déjà formés, ne sont pas encore juxtaposés.

2° Les canaux de Müller s'adossent au niveau de leur partie inférieure destinée à former le vagin et le col de l'utérus, mais restent complètement séparés dans la portion destinée à former le corps utérin. On a alors deux utérus à corps séparés avec cols et vagins accolés. C'est l'anomalie désignée sous le nom d'*utérus pseudo-didelphe*, due à un arrêt de développement se produisant alors que les canaux de Müller ont commencé à s'unir (5e à 8e semaine).

3° Le rapprochement des canaux de Müller se fait jusqu'à une certaine hauteur, mais sans atteindre le niveau des ligaments ronds ; ils se fusionnent au niveau du col, mais restent séparés là où sera le corps. Il en résulte un col unique et un corps double : *utérus bicorne* pouvant présenter deux variétés, suivant que les deux corps utérins sont bien développés (*utérus bicorne proprement dit*), ou que l'un d'eux reste atrophié (*utérus bicorne avec corne rudimentaire*).

4° Les canaux se sont joints sur la plus grande partie de l'étendue normale de jonction, sauf à la partie toute supérieure du corps utérin. Il en résulte que le fond de l'utérus, au lieu d'être bombé, reste déprimé ; la matrice présente la forme d'un cœur de carte à jouer : c'est l'*utérus cordiforme*, qui est *simple* lorsque la cloison intra-utérine est complètement résorbée, et cordiforme *semi-*

partitus lorsque cette cloison persiste plus ou moins complètement.

5° Les canaux de Müller se soudent et l'utérus présente sa forme extérieure normale ; mais la cloison inter-utérine ne disparaît pas normalement, elle persiste et l'utérus est cloisonné soit complètement : *utérus biloculaire* soit incomplètement, la cloison pouvant persister au niveau du corps (*utérus subseptus unicol*) ou au niveau du col (*utérus subseptus unicorps*).

B. — Pathogénie

Un certain nombre de théories sont en présence pour expliquer les diverses malformations de l'utérus, longtemps considérées comme un caprice de la nature ou expliquées par des causes surnaturelles : la colère des dieux, l'intervention du démon ou des sorciers, la frayeur ou les désirs inassouvis de la femme enceinte.

Nous avons vu par l'étude du développement que l'explication réelle de la duplicité de l'utérus était : *l'arrêt de développement* et non l'excès de développement. Mais reste à savoir quelle est la cause exacte de cet arrêt de développement.

I. La *théorie de la réversion* rappelle que, chez certains animaux, on retrouve normalement une disposition anatomique identique à celle que présentent les femmes à utérus double : chez le lapin, le lièvre, l'écureuil, l'utérus est double en totalité et possède deux orifices dans le vagin ; chez le rat, le cochon d'Inde, l'utérus est bicorne.

Pour faciliter ces phénomènes de réversion, deux facteurs interviendraient :

1° L'*hérédité* a été retrouvée dans certains cas ;

2° L'influence de la *race* a été étudiée par Dubreuil-Chambardel, qui conclut : « Il semble que les races anglo-saxonnes soient plus sujettes que les races latines à présenter des variations génitales. En France, elles sont bien plus souvent observées dans les départements du Nord. En Amérique, dans les Etats où domine l'élément anglo-saxon. Ces malformations sont rares en Italie et en Espagne. »

II. Les théories basées sur l'existence d'une *cause mécanique* arrêtant le développement de l'utérus paraissent plus rationnelles : un obstacle empêcherait le rapprochement et l'union des canaux de Müller. Ces théories paraissent applicables à un certain nombre de cas, tout au moins, car des observations ont démontré l'existence de ces obstacles anatomiques.

Piquand indique que, bien souvent, les utérus didelphes vrais sont accompagnés de malformations intestinales et urinaires importantes avec *interposition de la vessie et du rectum* entre les canaux de Müller.

Dans les cas d'utérus bicorne, on trouve parfois une *cloison recto-vésicale* véritable, parfois une simple bride assimilée à un restant du canal allantoïdien s'opposant également à la fusion des canaux de Müller, jouant un rôle identique en somme à celui que les uretères jouent normalement chez des mammifères à utérus double.

Thiersch fait intervenir un *écartement* trop considérable des *canaux de Müller* s'opposant à leur contact. Cette situation des canaux se rencontrerait chez des sujets à développement transversal exagéré.

On a également attribué ces malformations à des *nappes musculaires* insérées à la partie externe de chacun des deux canaux de Müller, et dont la contraction aurait pour effet de tirailler les deux organes en sens contraire et d'empêcher leur fusion.

D'autres auteurs ont incriminé une *péritonite ancienne* ayant donné lieu à des adhérences. Ces adhérences pouvant se trouver soit entre les deux corps utérins dont elles ont empêché la coalescence, soit en dehors d'eux, et les rattachant à la paroi pelvienne.

Une *tumeur*, qui est un adénomyome dans la plupart des cas, a pu également séparer les deux corps utérins.

Enfin, Piquand admet que, dans le nombre relativement considérable de cas qui ne s'expliquent pas par ces diverses éventualités, l'hypothèse de Picq paraît la plus simple et la plus vraisemblable : il s'agirait alors du développement de *débris wolfiens* entre les canaux de Müller.

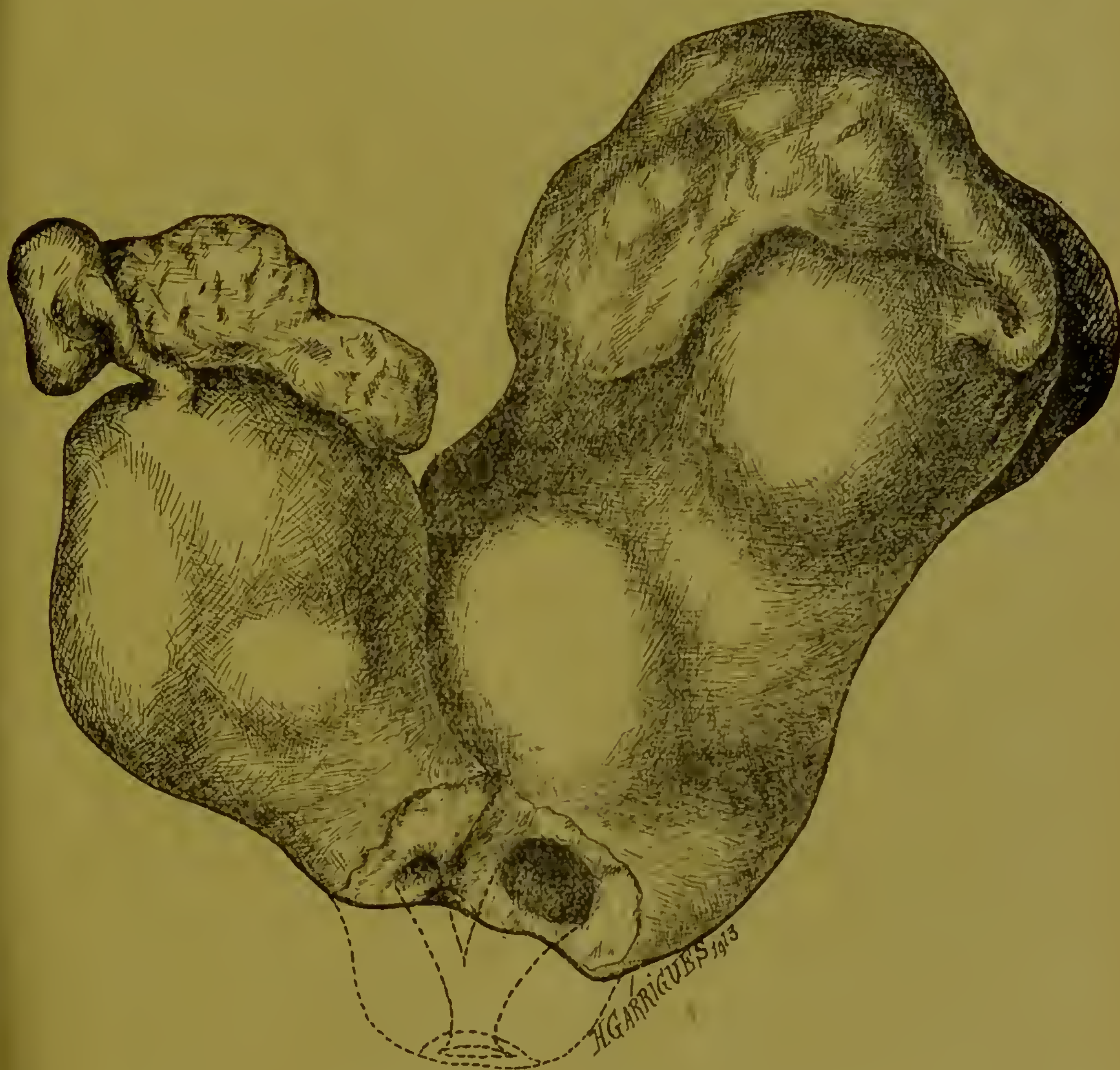
CHAPITRE II

ETUDE ANATOMIQUE

L'utérus observé par MM. Rives et Chauvin, et dont nous donnons une reproduction, est un cas typique d'utérus bicorne unicervical. Sa description anatomique est rapportée dans l'observation ; aussi n'y reviendrons-nous pas ici.

Mais il est plusieurs espèces d'utérus bicorne unicervical, représentant des degrés divers de la malformation, et reliés par toute une série d'intermédiaires. Depuis l'utérus cordiforme jusqu'à l'utérus pseudo-didelphe, on a pu décrire de nombreuses variétés : voici les principales.

L'utérus *pseudo-didelphe* a ses deux cornes, en général très nettement séparées, réunies sur un col unique, mais la cloison de séparation se prolonge très bas, au point qu'à travers un col légèrement dilaté, elle peut devenir perceptible, elle peut quelquefois venir descendre dans le vagin en un mince voile sagittal. Quand cette membrane s'épaissit, prenant la valeur d'une cloison qui diviserait le col, on a l'utérus bicorne double, cas limite avec l'utérus à deux cols. Dans l'utérus *bicornis unicollis*, l'aspect extérieur est le même, mais la cavité du col est unique et bien développée. Enfin, les deux corps peuvent s'accoler et se



2 L

confondre eux-mêmes plus ou moins. On a alors *l'utérus cordiforme* et *l'utérus arqué* dans lequel la cloison mitoyenne s'efface, en général, pour ne laisser qu'un éperon ; sa persistance donne les variétés d'utérus *bicorne subseptus.*

L'utérus bicorne unicervical présente deux corps utérins et un col.

Le col est en général volumineux, il paraît élargi et ses lèvres sont hypertrophiées, son orifice vaginal est soit atrésié, ce qui est rare, soit volumineux.

Au spéculum, on peut, dans certains cas, apercevoir la cloison médiane séparant les deux corps utérins, elle se présente alors sous deux formes différentes : soit d'une membrane flottante pénétrant à l'intérieur du vagin ainsi cloisonné en partie, soit d'un simple éperon intra-utérin.

On comprend toute l'importance de la situation de cette cloison qui peut cacher absolument un des orifices utérins et faire méconnaitre l'anomalie, ou, au contraire, par sa situation extracervicale, permettre un diagnostic facile.

Le premier cas d'utérus unicollis fut observé par Bonnefous (cité par Le Fort), Dupuytren en a rapporté un cas typique.

Autrefois simples trouvailles d'autopsie, on possède actuellement un grand nombre de pièces opératoires (Routier, Houzel, Ombredanne et Martin, Stern, etc.).

On a observé des cas très rares dans lesquels un seul corps utérin de l'utérus bicorne avait un orifice ouvert au niveau du col, et une grossesse a pu se développer cependant dans la cavité ne communiquant qu'avec le péritoine par sa trompe. Nous insisterons plus longuement sur ce point avec l'étude de la grossesse dans l'utérus bicorne.

Les deux corps utérins sont rarement d'un volume

égal : *a*) A l'état normal, on peut observer tous les intermédiaires entre l'utérus bicorne à deux moitiés égales et l'utérus constitué par une corne volumineuse et une corne atrophiée rudimentaire. *b*) A l'état pathologique : un fibrome, l'atrésie de l'orifice suivi d'hématométrie, la grossesse développent souvent un côté sans augmentation du côté opposé méconnu par son faible volume.

En général, la corne gauche est dirigée en avant (Pozzi), en sorte que l'utérus a subi un certain degré de rotation sur son axe vertical.

Dans les cas dus à la présence de la cloison recto-vésicale, sur laquelle nous avons suffisamment insisté dans l'étude étiologique de l'utérus double, on retrouve cette cloison sous la forme d'une bride, plus ou moins puissante suivant les cas, et chevauchant l'utérus en glissant dans la dépression qui sépare les deux corps utérins.

Ferroni explique par des données embryologiques pourquoi la moitié gauche de l'utérus est en général plus antérieure que la droite : Pour lui, en effet, les deux canaux de Müller ne sont pas situés rigoureusement dans le même plan transversal : le canal de Müller gauche se trouve sur un plan sensiblement antérieur. Cette disposition peut être si accentuée chez l'adulte que Von Guérard a pu observer un cas où il y avait un utérus antérieur et un utérus postérieur.

Annexes. — On rencontre au niveau de chaque corne utérine une trompe avec son ovaire. Le professeur Tédenat, en effet, ayant enlevé la partie gauche de l'utérus, remarqua qu'il n'y avait sur la pièce qu'un seul paquet annexiel et qu'il n'avait rencontré qu'une seule artère

utérine, il trouva alors à droite les annexes rattachées à la corne utérine droite.

Les annexes sont le plus souvent appendues à l'extrémité de la corne et non latéralement.

Les auteurs ont été frappés par les lésions ovariennes très souvent constatées : le plus souvent *ovarites cléro-kystique*. La trompe est parfois constituée par une paroi épaisse, charnue, musculeuse, parfois dilatée, coudée, de forme anormale.

L'ectopie annexielle a été signalée ainsi que la présence d'annexes surnuméraires (2 paires dans le cas de Gauthier).

Les *vaisseaux* utérins sont normaux, il n'y a que deux artères utérines, les rebords internes des corps sont peu vascularisés.

Le *péritoine* présente des variations dans sa situation anatomique, expliquées par la forme nouvelle de l'utérus.

Les *ligaments larges*, normaux dans bien des cas, peuvent faire défaut.

Stern a décrit la disposition nouvelle des culs-de sac péritonéaux.

Il existe, en effet, deux culs-de-sac vésico-utérins, deux culs-de sac recto-utérins, un cul-de-sac inter-utérin. Parfois un véritable cul-de-sac vésico-rectal.

Enfin, il est à noter que souvent l'utérus bicorne coïncide avec d'autres anomalies de développement ; d'après Jaboulay, lorsqu'il y a une corne rudimentaire, le rein et l'uretère du même côté ont souvent subi le même arrêt de développement ou manquent absolument. Nous reviendrons, à propos du traitement, sur l'importance de ce fait qu'il faut avoir présent à la mémoire au cours de l'hystérectomie.

CHAPITRE III

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

« Les utérus doubles n'ont pas d'histoire », dit Stern. Un utérus double, sans complication pathologique ne donne lieu à aucun symptôme qui attire sur lui l'attention du malade ou du médecin. Cela est vrai, à plus forte raison, dans le cas spécial d'utérus bicorne à un seul col. Si l'on peut concevoir, en effet, que la femme porteuse d'un vagin double soit frappée un jour par l'existence de sa cloison vaginale ; s'il est, à la rigueur, possible, dans quelques cas, qu'au cours de manœuvres spéciales, elle aperçoive la duplicité de son museau de tanche, rien, dans les cas d'utérus double à un seul col, n'attirera l'attention sur la malformation de l'organe.

Certains auteurs, cependant, ont prétendu que, même en dehors de tout état pathologique, la seule malformation utérine pouvait se manifester par certains troubles peu nets mais souvent existants. Voyons donc quelles sont les particularités qui peuvent se présenter dans la sphère génitale des malades porteuses d'utérus double, et quelle est la valeur diagnostique de ces particularités.

I. Les règles apparaissent le plus souvent à l'âge normal. Elles peuvent d'ailleurs être anormalement précoces ou tardives, sans que ce fait ait aucune signification spé-

ciale ; elles s'installent à 14 ans dans un cas de Schwaab (Thèse de Béasse), à 15 ans seulement dans un cas de Bar.

Elles sont en général régulières. On a prétendu qu'il pouvait exister, dans les cas d'utérus double, chaque partie vivant pour son propre compte, indépendamment de sa voisine, des règles survenant chaque quinze jours, ou des règles alternativement très copieuses et peu abondantes. Ce sont là symptômes rares, que nous n'avons trouvé signalés nettement dans aucune observation, et qui, lorsqu'ils existent, peuvent très bien être liés à un état inflammatoire. Il semble cependant que l'abondance des règles soit un fait assez fréquent dans les utérus doubles, on le trouve mentionné dans la plupart des cas, et il pourrait être dû, indépendamment des causes infecticuses, aux déviations et aux torsions de l'un des corps repoussé par l'autre, ou mal maintenu à cause de sa position même ou de l'aplasie de ses ligaments de suspension,

Les douleurs, comme les métrorragies, semblent relever uniquement des déviations et présentent dans ce cas la symptomatologie classique, douleurs vives vers le bas-ventre et les reins, présentes pendant toute la durée des règles.

L'utérus bicorne ne fournit aucun autre symptôme du fait même de sa duplicité. Les pertes blanches signalent une métrite à laquelle il prédispose peut-être, mais qu'il ne crée pas, la difficulté ou l'impossibilité du coït appartiennent exclusivement aux cas avec vagin double et ne nous intéressent pas.

Nous ne trouvons, en somme, comme signe de l'utérus bicorne que l'abondance des règles, signe banal, et leur irrégularité, signe bien douteux. On comprend dès lors que le diagnostic soit rarement posé. Rien, en effet, ne fait songer à examiner l'utérus de ces malades. Et si l'on

trouve quelquefois dans leurs antécédents des malformations semblables (deux cas de Bouffard et Delporte). Le fait qu'on nous signale, éventualité déjà assez rare, ne suffit pas à justifier un examen génital de la malade.

Si, pour une des raisons que nous venons de mentionner ou une autre, l'attention est attirée du côté de l'utérus, il sera encore malaisé de poser un diagnostic. Nous éliminons, en effet, les cas de vagin double ou d'utérus double à deux cols distincts, dans lesquels le toucher ou le simple examen au spéculum imposent en général le diagnostic. Dans notre cas, les choses sont plus obscures.

L'inspection ni la palpation abdominale ne nous donneront aucun renseignement. Le palper seul sera en général d'un faible secours. Dans le cas, cependant, que nous avons observé, on avait noté dans l'observation un élargissement anormal du col, aplati d'avant en arrière et qui allait en s'évasant vers le haut. Il s'agissait là d'un cas intermédiaire se rapprochant des utérus à deux cols, dans lequel la tendance à la duplicité ne se manifestait plus que par l'élargissement transversal.

Le toucher combiné au palper nous sera d'un plus grand secours. Si le ventre est suffisamment souple, on pourra délimiter les deux corps utérins. Ces deux corps, théoriquement, distincts au niveau de leur fond, doivent se rapprocher symétriquement vers le bas, de façon à confondre leur corps. Il n'en est pas toujours ainsi. D'abord, les dédoublements peu marqués, dans lesquels l'encoche de séparation est peu profonde, passent inaperçus. Ensuite il arrive souvent que le volume d'une corne l'emporte de beaucoup sur sa voisine plus ou moins atrophiée. Et alors on observe un corps normal, presque verticalement placé, ou en latéro-déviation légère ; à côté de celui-ci, tantôt la corne rudimentaire passe inaperçue, tantôt elle est

prise pour une masse annexielle si elle est longue et mince, tantôt enfin elle simule un nodule fibromateux si elle est courte et trapue. La fréquence des métrorragies contribue à faciliter cette erreur de diagnostic; et la mobilité transmise par ces corps au col, outre qu'elle est difficile à chercher, ne peut souvent aider le diagnostic, car elle manquerait dans bien des cas, comme le signalent Hériel et Stern.

Le toucher rectal semble-t-il permettra d'apprécier avec plus de netteté les mêmes signes, et de mieux fixer la forme anatomique, le doigt étant presque immédiatement au contact de l'organe. Ce toucher n'a pas été pratiqué dans le cas que nous rapportons. Hériel a dû s'en contenter parce que la femme qu'il observa était vierge. En tout cas, on ne paraît pas avoir eu recours à lui, souvent, et, d'après Stern, il ne serait pas d'une bien grande utilité.

L'examen vaginal au spéculum ne fera que confirmer les renseignements fournis par le toucher. Dans quelques cas très rares, il permettra d'apercevoir dans un col légèrement déhiscent, et quelquefois, sortant de ce dernier, l'éperon inférieur de la séparation en une cloison sagittale.

Il permettra le cathétérisme à l'hystéromètre. Stern attribue une grande valeur à ce mode d'investigation.

« On remarquera, en introduisant l'hystéromètre à plusieurs reprises, que la direction qu'il prend varie à chaque instant. En revenant alors sur ses pas, on percevra à une certaine distance de l'orifice externe une arête. » Ce signe serait évidemment probant, mais il est purement théorique.

Stern reconnaît lui-même que, le plus souvent, le cathété-

risme est même impossible à cause de l'inclinaison des corps.

De plus, on ne peut point admettre que l'on introduise un si grand nombre de fois l'hystéromètre dans un utérus. Le cathétérisme de cet organe n'est point encore devenu un jeu de bilboquet, et à moins que l'on n'ait déjà quelques raisons de soupçonner la duplicité de l'organe, de la rechercher, on ne trouve qu'une des cavités utérines ; d'autant mieux que, souvent, l'une d'elles se trouve plus directement dans le prolongement du col et beaucoup plus accessible au cathéter.

David, enfin, en 1908, a proposé un nouveau mode d'examen : l'endoscopie utérine. C'est peut-être le seul qui imposerait facilement le diagnostic..... s'il était employé. Il n'est malheureusement pas d'une technique courante.

En somme, comme on le voit, l'utérus bicorne unicollis n'a pas de symptômes fonctionnels particuliers. Aussi passe-t-il le plus souvent inaperçu. Lorsqu'une complication quelconque attire sur lui l'attention, deux modes d'investigation fournissent sur lui des renseignements de quelque utilité : l'hystérométrie, souvent impossible, à écarter toutes les fois qu'un doute subsiste au sujet d'une grossesse possible, et qui, en général, ne fera que confirmer le diagnostic s'il est déjà soupçonné ; le toucher combiné au palper qui, dans les cas simples, fait bien reconnaître la duplicité du corps, mais en général ne permet pas le diagnostic avec le fibrome ou l'annexite.

L'utérus double non malade serait relativement facile à diagnostiquer si on l'examinait, mais l'on n'y songe pas. L'utérus double malade attire sur lui notre attention, mais, dans bien des cas, le diagnostic devient impossible.

Le traitement, indiqué seulement par le diagnostic, ne s'imposera d'ailleurs que dans les cas pathologiques. Il n'y a aucune raison pour traiter un organe qui n'est le siège actuel d'aucun trouble.

CHAPITRE IV

UTÉRUS BICORNE ET GROSSESSE

A. *Grossesse.* — Les femmes porteuses d'utérus bicorne peuvent devenir enceintes ; le grand nombre d'observations publiées montre en effet que c'est au cours de la gestation que le plus grand nombre d'utérus doubles ont été diagnostiqués.

Dans certains cas même, on aurait observé une assez grande fécondité, huit grossesses dans le cas de Meurer et Treub, neuf dans celui d'Oker Blom, douze dans celui de Gutermann. Dans certaines dispositions anatomiques, cependant, et en particulier dans les formes atrophiques, la fécondation peut être impossible.

L'utérus devenant gravide, il peut y avoir grossesse simple ou grossesse multiple. Dans les cas de grossesses simples successives, la grossesse siège, en général, tantôt dans un corps, tantôt dans l'autre (Bousquet) : quand un seul corps devient exclusivement gravide, c'est qu'en général une malformation en empêche l'autre : soit qu'il y ait aplasie (Olivier et Platon), soit qu'il y ait atrésie de son orifice.

On a cependant signalé des cas de grossesse dans une corne utérine ne communiquant ni avec le vagin ni avec l'autre corne. D'après Kussmaul, l'orifice de communica-

tion avec les deux cornes a existé, mais a disparu sous l'influence de la grossesse. Schrœder a montré que l'orifice de communication peut faire réellement défaut, et la fécondation s'opère alors suivant deux mécanismes, tantôt le spermatozoïde féconde un ovule du côté perméable, mais celui-ci est recueilli par l'autre corne : supermigration interne de l'œuf ; tantôt le spermatozoïde chemine dans le péritoine et va féconder un ovule du côté opposé ; supermigration interne du sperme.

La grossesse évolue cliniquement alors comme une grossesse intra-utérine tubaire, la rupture se produit entre le 4e et le 5e mois, quelquefois plus tôt. Elle peut être avancée par la mort du fœtus.

La grossesse double semble nettement favorisée par la duplicité de l'utérus (Bousquet), bien que tous les auteurs ne soient pas de cet avis. Il est, en tout cas, un fait certain, c'est que, malgré leur synergie habituelle, les deux corps utérins ont quelquefois une indépendance relative et les utérus bicornes semblent prédisposés assez nettement à la superimprégnation : superfécondation ou mieux superfœtation (un cas de Stotschowa, fécondation double à deux mois d'intervalle). C'est qu'en effet, si, en général, quand l'une des cornes devient gravide, la menstruation se suspend dans l'autre, il n'en est pas toujours ainsi. La menstruation s'est continuée dans l'utérus gauche pendant la gravidité de l'utérus droit dans un cas de Müller. Bousquet rapporte un cas de Ferenczi dans lequel les règles, qui se produisaient chaque 14 jours en temps normal, revinrent toutes les quatre semaines seulement pendant la grossesse.

Quelle est l'influence de la malformation utérine sur l'évolution de la grossesse? « Nous ne pensons pas, dit Chéron, que la malformation utérine soit cause de l'avor-

tement ni de l'accouchement prématuré. » Bousquet s'élève contre cette manière de voir. La malade de Bagord, citée par Budin et Tarnier, fit, sur 14 grossesses, 14 avortements, et Dubrueil-Chambardel, sur 467 grossesses, trouve 180 avortements ou accouchements prématurés, soit une proportion de 40 0/0. D'ailleurs, dans l'utérus bicorne, très fréquemment, l'un des corps est rudimentaire, aplasique. Si la grossesse se localise dans cette corne, on se trouve dans un cas semblable à l'utérus pubescent et l'avortement en est la conséquence ; chez la malade d'Oker Blom il y a eu 9 grossesses : à gauche, un avortement et 4 menées à terme ; à droite, 4 avortements ou accouchements prématurés. La malade de Gutermann a eu 9 avortements de la corne droite, 3 grossesses à terme de la corne gauche. Il y a là une influence nette et indéniable.

Dans les cas de grossesses doubles, l'avortement serait plus fréquent. Ici encore se manifesterait une certaine indépendance des deux loges : une seule des cavités pourrait expulser son contenu, jouant même ensuite un certain rôle de suppléance pour la seconde, et lui permettant, d'après Bousquet, d'atteindre le terme. Cette indépendance serait d'autant plus grande que la grossesse serait plus avancée.

Certaines complications de la grossesse peuvent être provoquées ou favorisées par l'utérus bicorne. Gantrelet insiste, dans sa thèse de 1896, sur les vomissements et les œdèmes sans albumine. Ces phénomènes n'ont pas été retrouvés par les auteurs ultérieurs. L'éclampsie serait plus fréquente que dans les cas d'utérus normaux. Bousquet la rencontre trois fois sur 91 grossesses, et l'attribue à la compression plus grande des uretères. Béasse, enfin, insiste sur la fréquence des hémorragies qu'il rapporte à une insertion vicieuse du placenta sur la cloison

ou sur le segment inférieur, tous deux insuffisamment musclés ; et qui, quelquefois sans importance, ne sont souvent que le prélude d'un avortement.

Les présentations vicieuses sont favorisées par l'utérus bicorne ; mais cette présentation de l'épaule est loin d'être constante. Considérons, en effet, notre utérus bicorne à un seul col, il est essentiellement formé par les deux cavités du corps, réunies en bas en une seule cavité cervicale, et séparés en haut par une encoche que prolonge un éperon plus ou moins prononcé. Tous les degrés à ce point de vue se peuvent observer, depuis les utérus doubles, nettement distincts, jusqu'à l'utérus simplement cordiforme, dans lequel une simple dépression sur le fond indique la tendance à la duplicité.

Dans le premier cas, d'utérus nettement double, chaque partie prise en elle-même rappelle exactement la forme d'un utérus complet, dont, au contraire, les dimensions transversales auraient été diminuées. L'enfant, se développant dans l'une ou l'autre de ces cornes, mais dans une seule, sera placé naturellement dans une position longitudinale, sommet le plus souvent en bas. Pour Bousquet, les sièges seraient anormalement fréquents (1 cas sur 6). Peut-être faut-il voir une explication de ce fait dans l'ampliation plus facile du segment inférieur commun aux deux utérus, et de ce fait plus développé.

Dans l'utérus cordiforme, au contraire, on n'a pour ainsi dire plus qu'une seule cavité utérine, mais une cavité en forme de cœur, élargie dans le sens transversal, et dans laquelle le fœtus, par simple accommodation, va se disposer transversalement. Dans un cas, cependant, de Demelin et Perret, cité par Béasse, la cloison médiane était visible au col pendant le travail, et l'on eut affaire néanmoins à une présentation de l'épaule.

Pendant la grossesse, l'utérus est en général plus incliné qu'un organe normal, simple exagération de sa latéro-flexion normale ; de plus, il subit sur son axe une rotation plus grande qu'à la normale, car le ligament rond le tire dans un sens sans que son action puisse être équilibrée par une traction symétrique.

La corne non gravide participe à l'hypertrophie de l'ensemble et sa muqueuse prend les caractères d'une caduque.

B. *Accouchement. Délivrance.* — D'après Pfanneastic, l'anomalie de l'organe n'influerait pas sur la marche du travail. Des cas d'insuffisance de contraction ou d'inertie utérine ont cependant été signalés. Le col quelquefois s'efface et se dilate mal, ce sont-là complications banales et en général peu importantes. La descente et le dégagement, quelquefois gênés dans les cas de vagin double, sont en général normaux dans les utérus bicornes.

Il est quelques cas de dystocie plus immédiatement liés à la malformation de la matrice. L'obliquité de l'organe prédispose aux positions transverses secondaires ou à la déflexion de la tête (cas de Reynès, de Montpellier). La partie non gravide, mais cependant hypertrophiée peut, au même titre qu'un fibrome du segment inférieur, gêner l'engorgement, d'autant plus qu'il peut être aussi en rétroversion ou hypertrophié par l'hématométrie. En général, l'utérus vide remonte pendant le travail, laissant libre l'excavation pelvienne. Dans les cas de grossesse gémellaire, l'engagement est aussi très difficile et tardif. Pendant l'engagement, l'observation montre que l'utérus vide se loge à côté et en arrière de la présentation, dans l'échancrure sacroiliaque du côté correspondant.

En résumé : « Deux ordres de causes, dit Bousquet, paraissent contrarier le travail : 1° des causes tenant à l'utérus gravide : insuffisance des contractions, inclinaison utérine, sténose du col ; 2° des causes tenant à l'utérus non parturient : rétroversion, hypertrophie ou gravidité. »

Pendant le travail, l'utérus vide est, comme son voisin, le siège de contractions douloureuses. Son orifice, lorsqu'il est nettement formé, se dilate, et le tout aboutit à l'expulsion d'une caduque, fait très fréquent mais pas absolument constant.

Quand les deux utérus sont gravides, leurs contractions sont tantôt synergiques, tantôt alternantes, tantôt irrégulièrement combinées. Un fait analogue se passerait, d'après Keiffer, chez les animaux à utérus didelphe.

La délivrance est en général normale. Cependant, deux accidents sont assez fréquents : la rétention placentaire et l'hémorragie. La rétention placentaire peut avoir lieu par enchatonnement du placenta ; elle a lieu le plus souvent dans l'utérus vide dont les contractions sont insuffisantes pour obtenir l'expulsion, aussi Pinard pense-t-il « qu'il ne faut jamais confier la délivrance à la nature ».

L'hémorragie, qui est exceptionnelle dans les utérus didelphes, est ici, au contraire, excessivement fréquente, et Lemaitre attribue cet accident à l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur ou sur la cloison médiane.

Suites de couches. — Elles sont plus souvent pathologiques que dans les utérus normaux. Cela tient à deux causes principales : d'abord la fréquence des dystocies qui toutes prédisposent à l'infection ; ensuite la rétention fréquente de l'une des caduques, qui peut même être

oubliée dans un curettage, la duplicité de l'utérus étant méconnue (Bouffe de Saint-Blaise). Dans certains cas, enfin, la cloison médiane, descendant près du col, empêche l'évacuation des caillots dont la rétention aboutit fatalement à l'infection.

La malformation utérine semble avoir peu d'influence sur le sexe de l'enfant, le poids de ce dernier est souvent inférieur à la moyenne. Wendling a signalé une gueule de loup, et Maire de l'atrophie faciale chez le nouveau-né. Il y aurait peut-être prédisposition à une malformation semblable des organes génitaux.

Diagnostic. Traitement. — L'obliquité, la forme ovoïde allongée, la persistance des règles peuvent faire songer à un utérus double, les présentations de l'épaule également, mais il s'agit alors d'utérus cordiforme dont le diagnostic est moins intéressant et d'ailleurs impossible. A la palpation, on pourra trouver une masse flanquant l'utérus gravide, ses contractions ne suffiront pas à la différencier d'un fibrome. Le toucher combiné au palper ne permettront pas davantage d'éviter cette confusion.

Le traitement des complications sera, en général, le même dans l'utérus double que dans l'utérus simple. Version dans les présentations de l'épaule. Version encore ou, de préférence, forceps dans les défauts d'engagement ou de flexion. Simple refoulement quelquefois de l'utérus vide au dessus du bassin. La céphalotripsie peut s'imposer. La césarienne vaginale ou mieux abdominale s'impose quand le col est imperforé. Les ruptures de l'utérus, lorsqu'elles se produisent, seront soignées par les moyens ordinaires.

Pinard veut que l'on fasse toujours la délivrance arti-

ficielle. Lorsque le diagnostic a été posé et qu'une seule caduque a été rendue, il faut aller chercher l'autre. L'infection nécessite un curettage, et c'est le plus souvent au cours de cette manœuvre seulement que sera découverte la seconde cavité. Il est essentiel de la curetter comme la cavité gravide.

CHAPITRE V

L'UTÉRUS BICORNE PATHOLOGIQUE

Il est un certain nombre de complications auxquelles l'utérus bicorne à un seul col est prédisposé du fait même de sa malformation, auxquelles il imprime en tout cas une physionomie spéciale ou qui lui appartiennent en propre : ce sont l'hématométrie, et une forme douloureuse sans lésions appréciables. D'autre part, l'utérus double est au même titre que l'utérus simple sujet à des affections diverses : les principales sont : la métrite, la salpingite et la pyométrie d'origine infectieuse, des néoplasmes épithéliaux ou conjonctifs, des déviations.

A. — Hématométrie

Deux facteurs donnent naissance à l'hématométrie : l'atrésie du col et l'établissement de la menstruation. Nous avons déjà insisté sur la possibilité d'isolement absolu de l'une des cornes utérines. En pareil cas, aussitôt que s'établira la menstruation, naîtront les douleurs.

L'apparition plus tardive des règles dans l'utérus atrésié explique l'apparition des symptômes un temps plus ou moins long après l'installation de la menstruation dans la corne opposée, c'est le cas de la religieuse

citée par Gouilloud qui, réglée à 15 ans, n'avait commencé à souffrir qu'à 32 ans ; dans ce cas, la corne est rudimentaire et l'hématométrie minuscule.

Les symptômes sont les mêmes à peu près que dans l'hématométrie ordinaire, avec cette différence primordiale que l'écoulement menstruel reste normal, une corne étant librement perméable, la douleur persistant après l'établissement et même après la cessation du flux menstruel. Au toucher, on trouvera à côté du corps utérin perméable et qui se présente en général sous un aspect normal, la corne hypertrophiée, de volume extrêmement variable, douloureuse, bombant dans un cul-de-sac, et l'erreur de diagnostic presque constante est de prendre cet hématomètre unilatéral pour une formation annexielle.

Cet hématomètre est susceptible de complications diverses : la compression des organes voisins est rare. La rupture de la poche est plus fréquente et peut se faire dans la cavité utérine voisine, dans le vagin, dans les organes creux du voisinage, dans le conjonctif pelvien ; l'hémorragie par le vagin, l'urètre ou le rectum en sont, avec la douleur, les principaux symptômes. La complication la plus fréquente est la formation d'un hémato-salpinx unilatéral. Aran et de Bernütz créèrent la théorie du reflux, l'expliquant par un regorgement à travers l'ostium uterinum. Saenger lui oppose la théorie de l'exhalation sanguine par hyperhémie de voisinage. Cette théorie seule explique la formation possible d'hématomes dans l'ovaire, le ligament large et même l'épiploon. Cet hémato-salpinx peut provoquer une réaction péritonéale ambiantée et comprimer par son volume, quelquefois énorme, les organes voisins. Hématomètre et hémato-salpinx enfin peuvent s'infecter et se transformer en pyomètre et hématomètre. La fièvre s'allume, les douleurs augmentent, et

si l'on n'intervient pas, l'ouverture se fait dans un des organes voisins ou le péritoine.

De toutes ces considérations, douleurs ou complications diverses, découle l'indication formelle de l'intervention. A quelle opération devra-t-on s'adresser ?

Les interventions possibles se divisent en deux groupes : les unes, conservatrices, portant seulement sur la corne atrésique, conservent à la femme son organe gestateur ; ce sont l'hémihystérectomie, la salpingectomie unilatérale avec évacuation vaginale de l'hématomètre, la marsupialisation. Les autres, radicales, compromettent définitivement la fonction sexuelle : hystérectomie totale, ou ablation des deux masses annexielles.

La ponction, préconisée surtout avant l'ère antiseptique, laissait le champ libre aux récidives. L'incision vaginale a les mêmes inconvénients. Si l'on ajoute la résection de la cloison avec suture muqueuse à muqueuse, les résultats sont durables d'après Gross 18 fois sur 23. Mais c'est là une opération rarement praticable dans la forme anatomique qui nous intéresse et qui s'adresse surtout aux cas de vagin double, de plus elle laisse subsister l'hémato-salpynx, présent dans 1/3 des cas.

Donc, en général, il faudra intervenir par la voie abdominale, et la conduite à tenir variera avec la forme. Voici ce qu'en dit Goullioud : « Quand il s'agit d'une corne rudimentaire, elle peut être pédiculée ou sessile. Pédiculée, on sectionnera le pédicule et on extirpera la poche hématométrique ; sessile, elle sera justiciable d'une intervention, comparable en tous points à une myomectomie pour fibrome sous-péritonéal. Quénu se refuse à donner à ces interventions le nom d'hémihystérectomie. Quand il s'agit d'une corne, normalement développée, l'hémihystérectomie devient typique et se pratique comme une subtotale

en ne tenant pas compte de l'autre corps utérin. Inutile de rappeler ici la discussion de Quénu sur l'opportunité des interventions suivant le siège de l'obstruction, puisque nous ne parlons que des utérus bicornes. La présence d'un hémato-salpinx volumineux peut masquer la seconde cavité et conduire à une hystérectomie subtotale des deux cornes.

Quand l'hémato-salpinx est nettement prédominant, on peut être conduit à la salpingectomie unilatérale. Souvent celle-ci ne suffit pas, comme le montre le cas de Calmann, et le sang peut continuer à s'avancer dans la corne sous l'influence de l'autre ovaire ; il faut lui associer l'ouverture de la poche par le vagin. C'est là une intervention de fortune à réserver pour les cas où l'hémihystérectomie est impossible pour une cause ou pour une autre.

La salpingectomie bilatérale, produisant une ménopause prématurée, empêchera le mal de s'accroître, mais ne le guérira pas et devra s'accompagner de l'ouverture dans le vagin. Autant faire alors l'hystérectomie totale.

La marsupialisation de la poche kystique est un procédé mauvais que l'on doit réserver aux cas compliqués d'adhérences inflammatoires empêchant toute autre opération. Dans aucun cas, cette intervention n'a suffi à obtenir une guérison définitive.

L'hystérectomie complète est théoriquement inférieure à l'hémihystérectomie. Elle est seule de mise dans les cas d'hématométrie double ; il en est de même quand les 2 cornes ne sont pas suffisamment séparées, et Gouilloud en rapporte trois cas. Enfin, on peut se demander si, dans bien des cas, la conservation de l'une des cornes n'est pas une peine inutile, conservant un organe qui est quelquefois stérile et qui, lorsqu'il est fécondable, expose la

femme aux avortements répétés, à tous les risques de dystocies ou de complications quelquefois très graves.

L'hystérectomie totale pour utérus double diffère en somme très peu des interventions pratiquées pour utérus normal. Il suffit de ne pas tenir compte de l'encoche qui les sépare. A noter cependant que pour des utérus très inclinés, le raccourcissement des ligaments larges peut immobiliser l'organe, de même qu'une cloison recto-vaginale très développée. Enfin, il faut savoir que l'uretère peut persister entre les deux corps de l'utérus double, et si le cas ne s'est encore jamais présenté dans les formes qui nous intéressent, on doit cependant y songer au cours de l'intervention. Noter aussi que, dans les cas d'utérus bicorne, il y a souvent absence d'un rein et de son uretère. La section de l'autre devient alors fatalement mortelle (Jaboulay).

B. — Utérus bicorne douloureux sans hématométrie

Blanchard a fourni de ces cas la première étude systématique. Il s'agit d'utérus rudimentaires, dans lesquels les deux cornes, ou l'une d'elles seulement, sont imperforées, tandis que le développement des ovaires est normal ; on trouve, à l'intervention, une congestion interne de l'organe, avec énorme développement vasculaire et quelquefois « effusions sanguines en dehors de toute cavité préformée ; ces faits anatomo-pathologiques peuvent permettre d'admettre des phénomènes congestifs intenses au moment du moliment menstruel, expliquant les douleurs pelviennes périodiques ressenties par ces malades ». Le cas de P. Gouilloud a trait à un utérus bicorne avec un corps tout à fait rudimentaire, sans la moindre trace de cavité à son intérieur, et provoquant des crises dou-

loureuses intenses, durant 2 à 3 jours, siégeant dans le ventre et les reins, apparaissant chaque quinze jours.

Que faire en pareil cas ? Le diagnostic étant posé, et cela le plus souvent après ouverture du ventre, on peut hésiter entre l'ovariectomie ou l'ablation de l'utérus. Enlever les ovaires doit faire cesser la douleur en supprimant la congestion menstruelle. Le rôle de cet organe, comme glande close semble conduire plutôt à enlever l'utérus.

C. — Affections diverses

1° *Lésions inflammatoires.* — Toutes les causes d'infection de l'utérus normal persistent pour l'utérus bicorne. Le coït n'étant pas troublé, la blennorragie pourra faire son œuvre ; la grossesse étant, le plus souvent possible et les fausses couches fréquentes, les infections *post-partum* ou *post-abortum* se pourront observer assez souvent.

Nous avons déjà insisté sur la fréquence des hémorragies dans les utérus bicornes. Celles-ci sont dues en général à l'endométrite hémorragique entretenue par les déviations fréquentes de l'organe. Douloureuses ou non, elles présentent tantôt les caractères des ménorragies, tantôt des métrorragies. Ce sont là des troubles locaux, mais qui jouent cependant un rôle important : d'abord, symptômes d'alarme qui provoquent l'examen médical, elles jouent un rôle essentiel dans le diagnostic ; leur traitement ensuite expose à certaines erreurs de technique : le plus souvent on ne curette qu'une cavité utérine, l'autre passant inaperçue, et c'est précisément la moins accessible, la plus déviée, qui a le plus de chances d'être malade. On a signalé, en effet, l'unilatéralité de la métrite, mais ces

ças semblent être liés pour la plupart à l'existence d'un vagin double ; la contamination s'étant effectuée dans un seul.

Villard (cité par Gouilloud) signale un cas de suppuration pelvienne unilatérale consécutive à une grossesse dans un utérus bicorne. « Les lésions se trouvaient limitées au côté de l'utérus où s'était développé le produit de conception. »

Les cas d'annexites sont nombreux : tantôt unilatérales, tantôt doubles. Elles semblent être unilatérales (et les auteurs y insistent) lorsque la métrite causale est elle-même unilatérale, et nous avons vu que c'était là un cas rare pour les utérus bicornes. Dans le cas que nous rapportons, cependant, il y avait eu annexite unilatérale suppurée, localisée à gauche. Les symptômes d'annexite ne sont pas modifiés par la duplicité de l'organe, tout au plus l'une des cornes déviée ou plus petite peut-elle simuler u n pyosalpinx, ou un noyau fibromateux comme dans notre cas. Il est rare, en tous cas, que le diagnostic de la malformation soit posé ; et c'est le plus souvent au cours de l'intervention qu'elle est découverte.

Le traitement sera médical ou chirurgical : médical, il n'offre ici rien de particulier ; chirurgical, il varie suivant que la salpingite est uni ou bilatérale. Lorsqu'elle est unilatérale, on doit se borner si possible à la salpingectomie ; si elle est double, on peut hésiter entre la salpingectomie double ou la castration complète, c'est à cette dernière opération qu'il faudrait, d'après Gaillard, donner la préférence. Rives et Chauvin insistent sur la difficulté que l'on peut avoir, dans ces cas avec suppurations pelviennes, à trouver la seconde corne, plus petite et masquée par des adhérences. Si on laisse cette corne dans le ventre, on conçoit la possibilité de complications ultérieures et

l'étonnement du chirurgien qui trouvera encore un utérus chez une hystérectomisée.

2° *Lésions néoplasiques.* — Le nombre d'utérus bicornes observés, atteints de néoplasies, n'est point encore assez grand pour qu'on puisse établir si la malformation de l'organe est une cause prédisposante pour le cancer. Il est permis de le supposer cependant par analogie, en considérant que toutes les anomalies de structure en général, ont une tendance à provoquer des formations néoplasiques.

Les symptômes de l'épithélioma utérin sont absolument les mêmes dans l'utérus bicorne que dans l'utérus simple. Une observation très nette en a été signalée par Jaboulay. Rien en général ne permettra avant l'intervention de soupçonner la duplicité du corps. Aussitôt le diagnostic posé, l'ablation s'impose, aussi large que possible et, ici, il ne saurait être question que d'hystérectomie totale.

Fibromes. — On est frappé, quand on examine les pièces d'utérus double, par la fréquence de petits noyaux fibromateux interstitiels. En général, ces noyaux se développent peu et ne donnent pas lieu à une symptomatologie bien nette. L'observation que nous rapportons est en ce sens intéressante : les hémorragies ayant joué dans la symptomatologie le rôle principal, le diagnostic de fibrome ayant été porté avant l'intervention et la pièce montrant trois gros noyaux fibromateux sur la corne principale. Rappelons à ce sujet combien peut être difficile le diagnostic entre un fibrome sous-péritonéal et une corne rudimentaire. Dans notre cas, le diagnostic ne fut pas fait. Quand les hémorragies deviendront inquiétantes, l'hystérectomie sera encore le traitement de choix, hystérectomie complète, car il est en général difficile d'affirmer

qu'une corne, antérieurement normale, ne peut donner lieu à des hémorragies muqueuses quelquefois très abondantes.

3° *Rétroversions.* — La rétroversion enfin, qui fut observée dans l'utérus didelphe par Vautrin, doit être extrêmement rare dans l'utérus bicorne. Nous la signalons pour être complets, et aussi à cause des difficultés de diagnostic qu'elle pourrait soulever : une seule corne étant rétroversée peut simuler un paquet annexiel, un fibrome pédiculé, une rétroflexion de l'autre corne, et le diagnostic exact, ici comme dans bien d'autres cas d'utérus double, doit être très délicat à établir

---

Un cas d'utérus bicorne unicervical

(Observation recueillie par MM. Rives et Chauvin)
(Service du professeur Tédenat)

Le 2 novembre 1912, entre dans le service du professeur Tédenat, une malade de 46 ans se plaignant de métrorragies.

Antécédents héréditaires : père mort goutteux, mère morte d'apoplexie.

Antécédents personnels : la malade a toujours joui d'une bonne santé habituelle.

Antécédents génitaux : réglée depuis l'âge de 12 ans, les règles étaient toujours abondantes, avançant légèrement chaque mois.

Il y a 9 ans, la malade étant devenue enceinte se fait avorter par des injections intra-utérines. L'avortement est obtenu, mais il est suivi d'hémorragies abondantes et rebelles qui nécessitent l'entrée de la malade à l'hôpital, où le professeur de Rouville fait un curettage. Depuis cette époque, douleurs sourdes, presque continues dans le bas-ventre, à gauche, irradiées vers la cuisse, accrues par la fatigue et le mouvement. Pas de grossesse menée à terme. Depuis un an les hémorragies sont plus abondantes. elles ne sont jamais accompagnées de pertes blanches.

En septembre 1912, il y a eu un retard de règles de quinze jours, les règles furent ramenées par des injections chaudes (?) et depuis lors les pertes n'ont pas cessé, elles sont quotidiennes, très abondantes.

A son entrée à l'hôpital, la malade perd depuis 25 jours du sang et des caillots. Ces pertes sont fétides, mais cette

fétidité est due à un tampon abandonné dans le vagin depuis un temps indéterminé.

La continuité des métrorragies empêche d'apprécier l'existence de pertes blanches.

La douleur que la malade nous a déjà signalée existe toujours, continue, sourde, dans le bas-ventre, prédominant à gauche, irradiée dans la cuisse.

Les mictions sont un peu fréquentes depuis longtemps ; elles ne sont ni douloureuses, ni difficiles.

La constipation est habituelle.

Rien aux appareils respiratoire et nerveux.

Les pertes, prolongées et abondantes, ont provoqué une anémie intense avec essoufflement facile, œdème léger des malléoles. Enfin, il existe également un peu de fièvre légère et irrégulière, oscillant entre 37°4 et 38°2.

Au toucher, le vagin présente plusieurs petites brides cicatricielles. Le col regarde dans l'axe du vagin ; il est gros et mou, conique à base large, entr'ouvert. Le fond utérin déborde la symphyse ; il est penché un peu à gauche. En dehors de lui et du même côté, on sent une masse annexielle légèrement douloureuse à la pression.

Le 18 novembre 1912, intervention.

Quoique la paroi soit très vasculaire, on ne rencontre pas d'adhérences péritonéales. Le pelvis est occupé par une masse bosselée où l'on aperçoit des nodosités fibromateuses et des kystes purulents ; le tout est enveloppé de fausses membranes, adhérant aux parois pelviennes et à l'S iliaque. On décolle les annexes gauches en glissant la main de bas en haut, par le Douglas. Cette manœuvre ouvre une collection purulente rétro-ovarienne dans le péritoine, mais le pus est étanché par des compresses qui garnissent exactement le champ.

L'utérus est détaché de gauche à droite. On remarque

alors qu'il ne vient qu'un seul paquet annexiel et qu'une seule artère utérine a été trouvée. Cependant, l'orifice cervical siège au milieu de la surface de section. En examinant le pelvis, on voit l'autre paquet annexiel rattaché à un nodule situé à droite et un peu en arrière du col. Ce noyau, gros comme un petit œuf, est sectionné de gauche à droite sur le prolongement de la tranche cervicale. On ouvre ainsi une deuxième cavité cervicale et on coupe l'utérine droite. Evidement du col commun aux deux cavités ; une mèche de gaze est passée par le col dans le vagin ; suture du moignon. Pour la péritonisation, on est obligé d'utiliser les franges de l'S iliaque. Suture de la paroi sans drainage sus-pubien. La malade est mise aussitôt en position de Fowler.

Les suites post-opératoires sont normales et huit jours après, le premier pansement montre une réunion parfaite.

L'utérus enlevé présentait deux corps, un gauche et un droit, portant chacun, appendue plutôt à leur sommet qu'à leur bord externe, une masse annexielle. Tandis que les annexes droites étaient presque normales et plutôt scléreuses, les gauches, très hypertrophiées, étaient représentées par un ensemble de masses kystiques et purulentes.

Des deux corps utérins, le gauche est le plus volumineux (la partie enlevée mesure 10 centimètres de haut)

Il était situé presque verticalement, à peine un peu incliné à gauche, et avait subi une dégénérescence myomateuse assez accentuée dont trois bosselures, grosses à peu près comme une noix, se dessinaient de façon assez nette.

Le corps droit, environ trois fois plus petit, gros comme un petit œuf, paraît comme un nodule accolé au flanc droit de l'autre, mais tandis que le gauche était verticalement allongé, il est globuleux et presque régu-

lièrement arrondi. Ces deux corps se fusionnent en un seul col, col d'aspect normal, sauf un élargissement dans le sens transversal déjà reconnu au toucher vaginal. La cloison de séparation plongeait dans le col en un éperon qui, cependant, n'était pas visible par l'orifice externe. Il n'y avait pas trace de cloison recto-vésicale.

C'est donc un cas vraiment typique d'utérus bicorne unicervical (utérus bicornis unicollis.)

CONCLUSIONS

I. L'utérus bicorne unicervical, intéressant par ses complications obstétrico-chirurgicales et par la difficulté de son diagnostic, est constitué de deux corps indépendants à leur partie supérieur et fusionnés en bas en un col unique.

II. Les causes de cette malformation sont mal connues : on doit rejeter les théories de la réversion, car chez les animaux la disposition est due à des causes que l'on ne retrouve en général pas chez la femme (interposition des canaux de Wolf entre les canaux de Müller). Et l'on hésite, suivant les cas, entre les diverses théories mécaniques : interposition vésico-rectale, formation d'une cloison vésico-rectale, écartement exagéré des canaux de Müller, leur fixation par des nappes musculaires, interposition de débris wolfiens.

III. La disposition anatomique est variable, fournissant tous les intermédiaires, entre l'utérus pseudo-didelphe jusqu'à l'utérus cordiforme.

IV. Les symptômes en sont imprécis et inconstants : règles bi-mensuelles, pertes abondantes, surtout constatation au toucher de la malformation anatomique, de diagnostic toujours délicat. L'utérus bicorne, non compliqué, ne nécessite aucun traitement.

V. La fécondation est possible dans les utérus bicornes; ils prédisposent à la grossesse gémellaire et aux superfœtations. Les avortements et les accouchements provoqués sont fréquents, on observerait assez fréquemment des hémorragies, peut-être des œdèmes et des vomissements sans albuminurie. Les présentations transversales seraient favorisées par les utérus cordiformes. Après l'accouchement, en général normal, rarement gêné par la corne vide, celle-ci expulse aussi une caduque. Les rétentions placentaires et les infections sont fréquentes.

VI. L'hématométrie est la complication la plus fréquente de l'utérus bicorne. Ses principaux modes de traitement sont : l'incision vaginale avec résection de la cloison; la salpingectomie uni ou bilatérale; la marsupialisation (procédé de nécessité); l'hystérectomie et l'hémihystérectomie (procédé de choix).

VII. L'utérus bicorne, en dehors de toute lésion pathologique, peut présenter des crises douloureuses liées aux périodes menstruelles qui nécessitent l'hystérectomie.

VIII. Il peut être le siège d'affections diverses, au cours desquelles le diagnostic de la malformation est rarement posé : métrites hémorragiques, salpingites, annexites, cancers, fibromes, déviations. Le traitement est ici le même que pour l'utérus normal, avec une seule différence : en présence d'un organe anormal, on se décide plus facilement à l'ablation radicale.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 15 janvier 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 14 janvier 1913
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Abel. — Fall von Hœmatometra in rechten atresichen Nebenhorn eines uterus duplex mit Hœmatosalpinx. Berliner, Klin. Wochenschrift, 1901, n° 51.

Abraham. — Ueber Hissbildung der inneren Weiblichen Genstalien. Monatschrift f. Gebürtsh und Gynœk., 1895, Bd. 5.

Alberts. — Hœmatocele, Hœmatosalpinx und die Reflun theorie. Archiv. f. Gynœcologie, 1884, p. 399.

Bœker. — Centralblatt für Gynœkol, 1896, p. 883.

Béasse. — Contribution à l'étude des malformations génitales chez la femme. Th. Paris, 1903.

Benicke. — Zeitsch. f. Gebürtsch. und Gyn., 1880, t. I, p. 336.

La Besque. — Th. Paris, 1911.

Bouvran. — Contribution à l'étude des gynatrésies. Inaugural dissertation. Amsterdam, 1902.

Bousquet. — Grossesse et accouchement dans l'utérus didelphe. Th. Montpellier, 1902.

Brooks. — Notes cliniques sur le développement des utérus et vagins doubles. American journal of obstetr. Mars 1900.

Calmann. — Ueber einen Foll Von hœmatometra in rudimentœren Horn. Prager mediz. Wochenschrift, 1896.

Cohn. — La grossesse de l'utérus bicorne unicervical. Revue de gynécologie, 1909, p. 3.

Curatulo. — Riforma medica, 1891.

Daniel. — Kongenitale Niereanomalien und Missbildungen der Weiblichen Gerchlecht organe. Monatschrift für Geb. und Gynœk., 20.

Dubreuil-Chambardel. — De la duplicité du canal génital de la femme. Paris 1906.

Duming. — Journ. amér. méd. assoc., août 1890, p. 282.

Delagenière. — Malformations utéro-vaginales. Ve Congrès français de chirurgie.

Delpiano. — Contribution à l'étude des diverses malformations utérines. Th. Paris, 1899.

Dorn. — Ueber die Mullerschen Gœnge und die Entwickelung des Uterus. Morb. Gesselschaft, 1869.

Dujon. — Utérus double avec hématomètre unilatéral. Bull. et mémoires de la Société anatomique de Paris 1907, p. 640.

Engström. — Zur Keuntnis und Behandlung der nicht puerpueralen gynatresien mit consecutiver Retention von menstruel Blut bei einfacten Uters vaginal Kanal. Centralblatt für Gynœkologie, 1899, p. 923.

Faure et Siredey. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale, 1911.

Fœrstes. — Handbuck der pathologischen anatomie. Leipzig. Die Missbildungen des Menschen, 1861, p. 160.

Frænkel. — Breslauer aerzliche Zeitschrift, 1887, IX, n° 7.

Freaud. — Beiträge zur pathologie des doppelten genital kanals.

Fuld. — Salpingotomie wegen Hœmatosalpinx bei gynatresie. Arch. für Gynœk., 1889, Bd. 34, p. 190.

Furst. — Ueber die Bildungshemmungen des Utero vaginal Kanals. Monatschrift f. geburts. Bd. XXX, 1867.

Gebhard. — Pathologische anatomie der Weiblichen sexual organe, 1899, p. 22.

Goutesmann. — Berl. Klin. Wochens., n° 41, p. 616.

Goullioud. — Hématomètre unilatéral minuscule. Lyon médical, 1903. Hématomètres minuscules d'origine congénitale. XXII° Congrès de chirurgie. Paris 1909. Menstruation et aménorrhée douloureuses par malformations utérines. Lyon chirurgical, 1909-1910, p. 229.

Goullioud (P.-E.). — Du traitement des malformations utérines justiciables de la laparotomie. Th. Lyon, 1911.

Gromowsky. — Inaugural dissertation. Munich 1908.

Gross. — Hématométrie et hématocolpos dans les cas de duplicité du canal vaginal. Th. Nancy, 1900. Six nouvelles observations d'hématométrie unilatérale. Annales de Gynécologie, 1904.

Guyon. — Des cavités de l'utérus à l'état de vacuité. Th Paris, 1858.

Von Guérard. — Monats. f. Gebur. und Gynœkologie, 1898, p. 288.

Haultain. — Hématométrie de la corne droite d'un utérus bicorne ; laparotomie, guérison. Britisch. Med. journal, 1900, p 1279.

Hendersen. — Glasgow med. journal. Avril 1883.

Hoffmann. — Ueber drei fallen von Uterusmissbildungen. Inaugural Dissertation Erlaugen, 1869.

Hofmeyer. — Ueber Augebovene und erworbene Verschlüsse der Weiblichen Genitalien und deren Behandlung. Zeitsch. f. Geb. und Gynœk., p. 52, 1904.

Homans. — A case of two horned uterus. Th. Lancet, 3 nov. 1883.

Kehrer. — Das nebenhorer des doppelten uterus. Inaugural Dissertation, Heidelberg 1899.

Küssmaul. — Von dem Maugel, der Nerkummerung und der Verdoppelung der Gebœrmutter. Wurtsbourg 1859.

Labadie, Lagrave et Leguer. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie. 1898

Lambert. — Malformation utérine prise pour une annexité. Bulletin médical.

Lanwers et Dael. — Journal de chirurgie, janvier 1912. p. 105.

Lévy. — Utérus bicorne enlevé pour salpingite double. Bull. et mémoires de la Société anatomique de Paris, 1910.

Léopold. — Ueber Blutausamlung in Verschlossenen Utero vaginal Kanal und die salpingotomie. Archiv. für Gynœk. Bd. XXXIV, 1899.

Litschkus. — Zeit. f. Geb. und Gyn., 1888, t. XIV.

Mahlin. — Centralblat füns Gynœk., 1897, p. 1525.

Manolescau.— Influence des malformations utéro-vaginales d'origine congénitale sur la vie générique de la femme. Th. Paris, 1898.

Menge. — Bildungsfehler der Weiblichen Genitalien. Handbuch der Gynœkologie de Veit. Bd. V, Hft. II.

Ombredanne et Martin. — Les utérus doubles. Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale, 1903, p. 959.

Pauchet. — Revue pratique des mal. des org. génito-urinaires. Mai 1912.

Peasly. — Transactions of the american. Gyn. Soc , 1898, p. 276.

PIQUAND. — Les utérus doubles, anatomie et développement. Revue de Gynécologie, 1910, p. 401, t. II.

POZZI. — Traité de Gynécologie, 1907.

RIVES et CHAUVIN. — Un cas d'utérus double. Montpellier médical, 1er janvier 1913.

ROCHER. — Recherches sur la duplicité de l'utérus. Th. Lyon, 1880.

ROSENTHAL. — Hœmatometra unilateralis im recten Horn eines uterus bicornes. Centralblatt für Gynœk., 1899, p. 239.

ROSSA. — Centralblatt für Gynœkologie, 1896, p. 146.

SCHATZ. — Archiv. für Gynœkologie, Bd. I, p. 21.

SCHRŒDER. — Handbuch der Krankeiten der Weiblichen Geschlichts organe, 1893.

STERN. — L'utérus double sans hématométrie. Th. Paris, 1910.

Société de Chirurgie. — Discussion du 26 octobre 1910.

TOURNEUR et LEGOG. — Développement de l'utérus et du vagin. Journ. d'anatomie et de physiologie de Ch. Robin, 1884.

TRABICKY. — Ein durch Laparotomie geheiltes Fall von Hœmatometra und Hœmatosalpinx. Centralblatt für Gynœk., 1887, p. 790, Bd. XI.

VAUTRIN. — Utérus double enlevé par hystérectomie abdominale. Revue médicale de l'Est, 1906

VEIT. — Handbuch der Gynœkologie, 1897.

VIGNARD. — Hématométrie latérale et Hématosalpinx.

WAGNER. — Ein Beitrag zur Thérapie der Hœmatometra mit Besonder. Berucksichligung der unilateralen Forceps. Inaug. dissert. Breslau, 1896.

WERTHEIM. — Centralblatt für Gynœk., 1895, n° 40.

WINCKEL. — Ueber die Eintheilung, Entstehlung und Benennung der Bildungsemmungen der Weiblichen sexuel organe, 1899.

ZILLEUREN. — Hœmatometra mit verschlaneuen rudimentas Horn eines uterus biloculares. Inaug. dissert Iéna 1899.